# COMENTARIO DE ARTÍCULO
# El error médico, la tercera causa principal de muerte en los EE. UU.

**Medical error-the third leading cause of death in the US**

**BMJ. 2016 May 3;353:i2139. Makary MA, Daniel M.**

**Comentado por Lic. Esp. Vanesa Kalczynski°**


## RESUMEN

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) notifica cada año las causas más comunes de muerte en los Estados Unidos (EE. UU.). El listado se genera utilizando la información de los certificados de defunción cumplimentados por los médicos, directores de funerarias, examinadores médicos y forenses. No obstante, una limitante significativa del certificado de defunción, es que se basa en la nómina de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que codifica las causas de la muerte. Las causas de muerte no asociadas con un código CIE, tales como factores humanos y de los sistemas, quedan fuera de contexto y no están contemplados entre las posibilidades.
La seguridad en el área de la salud se ha incrementado durante los últimos años, para poder describir las consecuencias que se presentan ante las fallas en la comunicación, los errores de diagnóstico, el mal juicio y la utilización de herramientas inadecuadas que pueden repercutir directamente en daños irreparables al paciente, ocasionando en muchos casos la muerte.
Este artículo analiza la literatura científica relacionada con el error médico para identificar en su aporte las muertes en EE. UU. en relación a las causas listadas por la CIE. Actualmente el error médico no está incluido en los certificados de defunción o en el ranking de causas de muerte.


## Comentario

Los profesionales de la salud brindan cuidados con responsabilidad y ética, sin la intención de causar daño, como lo enuncia el principio hipocrático: “Primum non nocere” (Primero no hacer daño).
En vísperas del año 2000, el Instituto de Medicina de Estados Unidos de América realiza la publicación: “Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro”. Ubica al conflicto de los eventos adversos y sus implicancias en la seguridad del paciente en el centro del debate público en todo el mundo.[1]
La lectura de este artículo permite comprender y tomar conciencia sobre la necesidad imperiosa de perfeccionar la formación académica teórico-práctica y transferir las responsabilidades en busca de mejorar la seguridad en la atención de los pacientes.
El reporte determina que la estadística de las muertes anuales por errores médicos en los EE. UU. es limitada y no actualizada. Un estudio de la práctica médica de Harvard, en 1984 señalaba una incidencia de entre 44 000 a 98 000 alcanzando el 51% de 180 000 muertes anuales.[2] Luego, en 1993, el investigador Lucian Leape, publicó un artículo en que argumentaba que ese número estimado era muy bajo y que el porcentaje ascendía al 78%, o sea 140 400 de las 180 000 muertes iatrogénicas prevenibles.[3]
Esa alta incidencia, ha sido apoyada por subsiguientes investigaciones que sugerían que se desestimaba la magnitud del problema.
Un reporte posterior, en 2004, de la Agencia de Investigación y Calidad de la Salud (AHRQ-Agency

° Supervisora docente. Servicio de Neonatología. Hospital Naval Pedro Mallo. Correo electrónico: vane_kal@hotmail.com

for Healthcare Research and Quality), estimaba que 575 000 muertes fueron causadas por un error médico entre 2000 y 2002, lo que representaban 195 000 muertes por año. En base a los resultados obtenidos se han desarrollado los "10 Consejos para la seguridad de los pacientes en hospitales".[4]

Los autores del presente artículo señalan un rango de muertes por errores médicos de 210 000 a 400 000 por año, disponiendo los hallazgos obtenidos desde 1999 y extrapolando al número total de admisiones hospitalarias en EE. UU. en 2013. De la misma manera hacen notar también la ausencia de datos nacionales, para recordar la necesidad de medidas sistemáticas para abordar el problema, y comparan la estimación de los rankings sugeridos por ellos con los del CDC indicando que el error médico es la tercera causa más común de muerte en EE. UU.

En la búsqueda de mejores datos y sabiendo que el error humano es inevitable y no puede eliminarse, sí es viable medir el problema para evaluarlo de la mejor manera posible, con el objetivo de diseñar sistemas de seguridad que disminuyan su frecuencia o ponerlos en evidencia para hacerlos más visibles, interceptarlos oportunamente y de esta forma, evitar las consecuencias. La mitad de los eventos adversos de los pacientes hospitalizados son evitables e impactan en un 12% a 15% de los costos hospitalarios.[5]

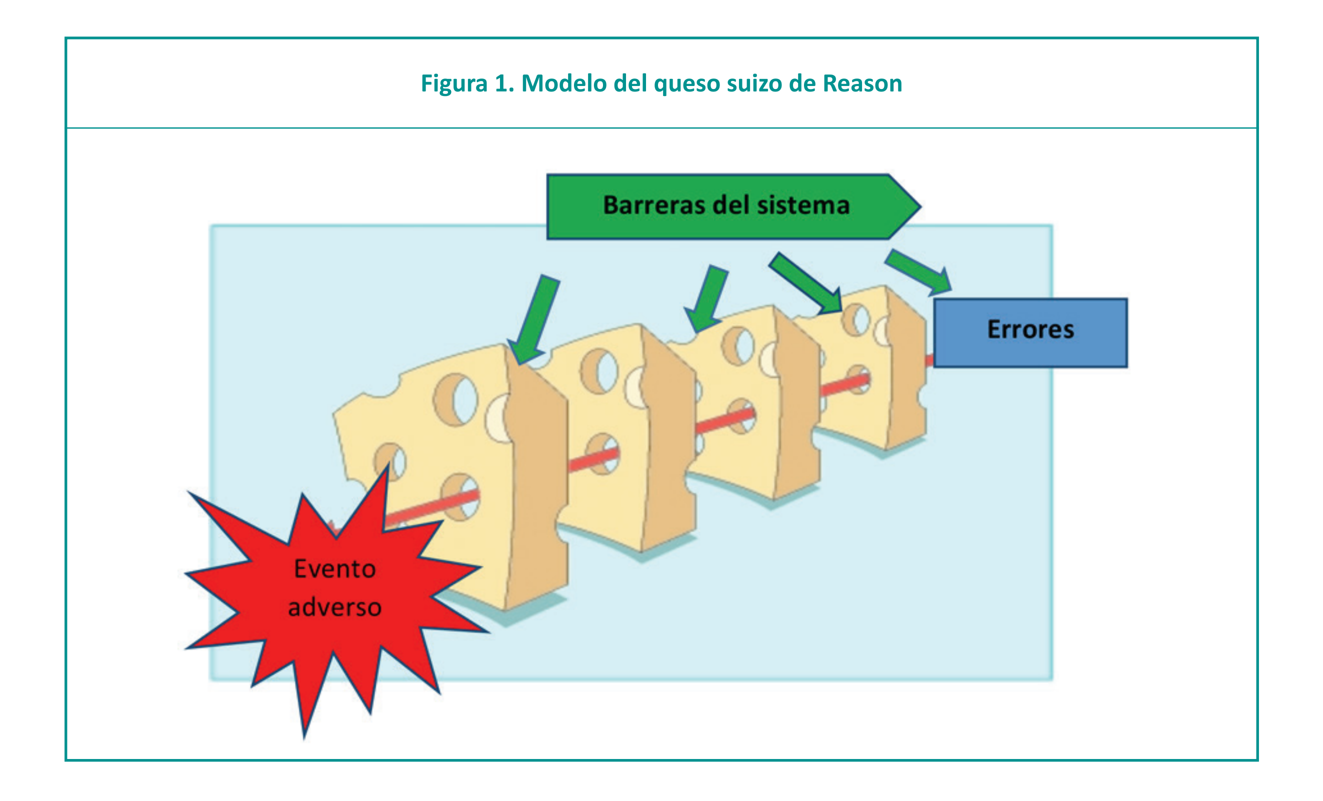
Muchos errores no tienen consecuencias, pero a veces una equivocación en la atención de un paciente puede terminar con la vida en forma imprevista o acelerar una muerte inminente.

Actualmente existen diversas estrategias acertadas y factibles para estimar estadísticas exactas sobre la muerte causada por errores médicos. Conocer los datos y medir las consecuencias del cuidado en la atención del paciente es un importante requisito para crear una cultura de aprendizaje sobre los errores. El modelo del queso suizo o de Reason explica claramente la necesidad de crear barreras en el sistema para detectar el error profesional que surge, generalmente, como consecuencia de la combinación de fallas humanas o condiciones latentes de la estructura organizativa *(figura 1)*.[6]

Las estrategias para reducir muertes por error mencionadas en el artículo, consisten en hacer los errores más visibles cuando suceden, para poder interceptar sus efectos, tener las medidas de rescate cerca y seguir principios para disminuir los errores, que tengan las limitaciones humanas en cuenta contribuyendo así a una atención de la salud más segura y eficaz.[7]

Se pueden relacionar otras competencias como la valoración minuciosa del paciente, la comunicación activa del equipo de salud con la familia y la realización de *bundles* o paquetes de medidas como componente

**Figura 1. Modelo del queso suizo de Reason**



fundamental para disminuir o prevenir el error en el área de la salud.
El error médico es una cuestión prioritaria de la Salud. En 2006 fueron promulgadas las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP) *(Tabla 1)* cuyo propósito es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza el 2 de mayo de 2007 "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" *(Tabla 2)* con la finalidad de ayudar a reducir el tributo de daños relacionados con la atención sanitaria, evitar daños y salvar vidas.[8]

**Tabla 1. Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente**

1. Identificar correctamente a los pacientes.
2. Mejorar la comunicación efectiva.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

**Tabla 2. Soluciones para la seguridad del paciente**

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
5. Control de las soluciones concentradas de electrólitos.
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Para lograr sistemas en el cuidado de la salud que sean más confiables, la ciencia de la seguridad del paciente, en pos de la mejora, debería beneficiarse al compartir los datos que revelen el error médico e investigar e innovar a favor de la salud de los pacientes, comenzando con la evaluación del problema. La mejor protección contra el daño del error es la búsqueda e identificación de errores para poder crear sistemas para detectarlos o mitigarlos promoviendo la cultura de medición de la calidad de atención.
Otra conducta favorable para reforzar el cambio resulta acertada al involucrar a los pacientes/familias en el proceso de toma de decisiones médicas incorporando sus valores y preferencias en el cuidado de la salud; esto requiere la capacidad para comprender el daño / beneficio en la conducta a seguir.
Varios estudios han demostrado con la evidencia, que las intervenciones que tienden a promover todas las acciones tendientes a incorporar la cultura de seguridad mejoran el conocimiento de los profesionales y potencialmente reducen el posible daño al paciente.[9]
La enfermería como profesión del cuidado, cuya esencia influye indefectiblemente en la calidad de atención del paciente, cumple un rol principal en colaboración con la seguridad, como recurso imprescindible para prevenir posibles daños y generar que en la atención de la salud se reduzca el sufrimiento de los pacientes revelando datos fehacientes de los eventos adversos como mera oportunidad de convertir los resultados de las investigaciones en medidas concretas que permitan efectivamente salvar vidas.[10]

## BIBLIOGRAFÍA

1. To Err is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
2. Brennam TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, et al. Incident of adverse events and negligent care in hospitalized patients. Results of Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-6.
3. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, et al. Systems analysis of adverse drug events. *JAMA.* 1995; 274(1):35-43.
4. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. 10 Patient Safety Tips for Hospitals. Content last reviewed December 2009. Consultado: 10 de marzo de 2017. Disponible en: http://www.ahrq.gov/patients-consumers/diagnosis-treatment/hospitals-clinics/10-tips/index.html
5. Montserrat Capella D, Bloomfield A, Donalson S L, Ramón y Cajal S. Eventos adversos. Organización Panamericana de la Salud. (OPS). En: Cometto MC, et al. Enfermería y seguridad de los pacientes. 2011;(4):43-53.
6. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320(7237):768-70.
7. Abbott P, Faria Barbosa S, Marcon dal Sasso G, Marin H. Organización Panamericana de la Salud. (OPS). Tecnologías de la información para la seguridad de los pacientes. En: Cometto MC, et al. Enfermería y seguridad de los pacientes. 2011;(27):375-87.
8. The Joint Commission, Joint Commission International and World Health Organization. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Consultado: 10 de marzo de 2017. Disponible en: http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf
9. Weaver S, et al. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5 Pt 2):369-74.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). La investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Alianza Mundial para la seguridad del paciente. OMS. Ginebra. 2008.